



Anmeldung Geburtshaus

Name	Adresse
Vorname	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Telefon
eMail	Versicherung
	Versicherungsstatus

Jetzige Schwangerschaft

Grav	LP
Para	ET
KT	Fetale Blutgruppe
BG	Rhophylac-Gabe am

Frühere Schwangerschaften (Jahr, Geburtsmodus, Kindsgewicht, Ort, Besonderheiten)

Besonderes / Risikofaktoren / Medikamente

Vorbesprechung mit ärztlicher Leitung Geburtshilfe gewünscht

Laboranalysen

HBsAG oder Titer, HIV, Blutgruppe, Rhesus, AK-Suchtest, Röteln, Varizellen, Lues, Nüchternblutzucker, oGTT, sonstiges – bitte Originale beileigen

Zuweiser:in

Name	Telefon
Vorname	GLN
Praxis	ZSR
Adresse	eMail
PLZ / Ort	Datum

Senden an geburtshaus@spitalbuelach.ch